

# DOMANDA DI ISCRIZIONE ECM



**CORSO ECM | 8,4 CREDITI FORMATIVI**

## DA COLLEGIO AD ORDINE QUALE CAMBIAMENTO

### MODULO DI ISCRIZIONE

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>											
DATA DI NASCITA	<input type="text"/>	LUOGO DI NASCITA	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>									
CODICE FISCALE	<input type="text"/>													
PARTITA IVA	<input type="text"/>													
INDIRIZZO	<input type="text"/>													
CITTÀ	<input type="text"/>				PROV.	<input type="text"/>								
PROFESSIONE	<input type="text"/>		E-MAIL	<input type="text"/>										
TELEFONO	<input type="text"/>		CELLULARE	<input type="text"/>										

PER LE PROFESSIONI SANITARIE CON OBBLIGO DEI CREDITI ECM INDICARE SE  DIPENDENTE  LIBERO PROFESSIONISTA  CONVENZIONATO | ISCRITTO ALL'ORDINE  N.  PREZZO  GRATUITO

Le suddette informazioni verranno utilizzate esclusivamente per trasmettere i dati della vostra partecipazione nell'ambito dei corsi di Sid Formazione a norma del d.lgs. 196/2003 e s.m.i. a tutela della privacy. Dichiaro che i dati sopra riportati sono esatti e che sarà mia cura informarvi di eventuali cambiamenti.

FIRMA

DATA

Il corso si svolgerà regolarmente se ci sarà un minimo di 25 partecipanti. In caso il corso non raggiunga il numero minimo sarà restituita l'intera quota. In caso di rinuncia del partecipante la quota non sarà restituita.

FIRMA

DATA